



NORTH CAROLINA
PRAMS

SISTEMA DE EVALUACIÓN
Y MONITOREO DE RIESGO
DEL EMBARAZO EN
CAROLINA DEL NORTE

Una Encuesta sobre la Salud de las Madres y los Bebés en Carolina del Norte

FASE 7



Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

1. ¿Cuánto mide *usted* de alto sin zapatos?

Pies Y Pulgadas
O Centímetros

2. *Justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

Libras O Kilos

3. ¿En qué fecha nació *usted*?

/ /
Mes Día Año

4. *Antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?

No
 Sí

→ Pase a la Pregunta 7

5. El bebé que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé, ¿pesó 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) o *menos* cuando nació?

No
 Sí

6. ¿El bebé que tuvo *justo antes* de su nuevo bebé nació *más* de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto?

No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé.

7. En cualquier momento durante los 12 meses *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿hizo usted algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si usted no lo hizo o **Sí**, si lo hizo.

No Sí

- a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso
- b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana
- c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas aparte de anticonceptivos
- d. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la diabetes
- e. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la presión alta...
- f. Fui a un profesional de salud y me chequearon para la depresión o ansiedad
- g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar
- h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental

8. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid, Baby Love, o Health Check
- NC Health Choice
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

9. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?

- Yo no tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico en el *mes antes* de mi embarazo
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

10. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted acerca de cómo mejorar su salud antes de un embarazo?

No → **Pase a la Pregunta 12**

Sí

Pase a la Pregunta 11

11. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le habló un doctor, enfermera u otro profesional de salud acerca de cualquiera de los siguientes temas que aparecen en la lista a continuación? Por favor, sólo cuente las conversaciones, no incluya el material de lectura o los videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló acerca del tema, o **Sí**, si alguien habló acerca de eso.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Tomar vitaminas con ácido fólico antes del embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tener un peso saludable antes del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Poner al día mis vacunas antes del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Consultar al dentista o al higienista dental antes del embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Recibir orientación sobre enfermedades genéticas que hayan en mi familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Controlar cualquier enfermedad tal como la diabetes o la presión alta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Recibir orientación o tratamiento para la depresión o la ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Saber los riesgos de tomar medicamentos con receta o sin receta médica durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Cómo el fumar durante el embarazo puede afectar al bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Cómo el uso de drogas ilegales durante el embarazo puede afectar al bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tuvo alguna de las siguientes condiciones médicas?

Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

No Sí

- a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (**NO** es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo).....
- b. Presión sanguínea alta o hipertensión...
- c. Depresión.....

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo cuando quedó embarazada de su nuevo bebé.

13. Piense en el tiempo *justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada?

Marque UNA respuesta

- No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- No estaba segura de lo que quería

**Pase a la
Pregunta 15**

Pase a la Pregunta 14

14. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?

- Menos de 1 año
- De 1 año a menos de 2 años
- De 2 años a menos de 3 años
- De 3 años a 5 años
- Más de 5 años

15. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba tratando de quedar embarazada?

- No
- Sí →

Pase a la Página 5, Pregunta 19

16. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar el embarazo?

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
- Sí →

Pase a la Página 4, Pregunta 18

Pase a la Página 4, Pregunta 17

17. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para evitar el embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- No me preocupaba si quedaba embarazada
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- Otra —————→ Por favor, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para prevenir un embarazo, pase a la Pregunta 19.

18. Cuando quedó embarazada, ¿qué método anticonceptivo estaba usando?

Marque TODAS las que correspondan

- Píldora anticonceptiva
- Condones
- Inyección (Depo-Provera[®])
- Un implante anticonceptivo (Implanon[®])
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra[®]) o Anillo vaginal (NuvaRing[®])
- IUD (Dispositivo intrauterino incluyendo Mirena[®] o ParaGard[®])
- Método del planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- Otro —————→ Por favor, escríbalo:

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. El cuidado prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo.

(Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

19. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal? No cuente las visitas que hayan sido sólo para que le hicieran la prueba de embarazo o sólo en relación con WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños).

{ Semanas O Meses

No recibí cuidado prenatal

→ **Pase a la Pregunta 21**

20. ¿Recibió usted cuidado prenatal durante su embarazo tan pronto como lo hubiera querido?

No

Sí

→ **Pase a la Pregunta 22**

Pase a la Pregunta 21

21. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que obtuviera cuidado prenatal cuando lo quería? Para cada una, marque No, si no le impidió recibir cuidado prenatal, o Sí, si le impidió.

No Sí

- a. No podía conseguir una cita cuando quería
- b. No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por las consultas ..
- c. No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico
- d. El doctor o mi plan de salud no empezaría a atenderme tan pronto como yo quería
- e. Estaba demasiado ocupada en otras cosas.....
- f. No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela.....
- g. No tenía mi tarjeta de Medicaid, Baby Love, o Health Check.....
- h. No tenía quién cuidara a mis hijos
- i. No sabía que estaba embarazada.....
- j. No quería que nadie supiera que estaba embarazada.....
- k. No quería recibir cuidado prenatal.....

Si usted no recibió cuidado prenatal, pase a la Página 7, Pregunta 24.

22. Durante su embarazo *más reciente*, ¿qué tipo de *seguro médico* tenía usted para pagar su *cuidado prenatal*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid, Baby Love, o Health Check
- NC Health Choice
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico para pagar por mi *cuidado prenatal*

23. Durante *cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista? *Por favor sólo cuente las conversaciones* y no el material de lectura ni videos. Para cada tema, marque **No**, si nadie le habló sobre el tema, o **Sí**, si alguien le habló sobre el tema.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Darle pecho a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Las medicinas que son seguras para tomar durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo el usar drogas ilegales podría afectar a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Los signos y síntomas de un parto prematuro (parto que comienza más de 3 semanas antes de la fecha esperada) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Qué hacer si me siento deprimida durante el embarazo o después de que nazca mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. En cualquier momento durante su embarazo *más reciente* o parto, ¿le hicieron una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)?

- No
 Sí
 No sé

25. Durante los 12 meses *antes del nacimiento* de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le *ofreció* ponerle la vacuna contra la influenza o le *aconsejó* que se la pusiera?

- No
 Sí

26. Durante los 12 meses *antes del nacimiento* de su nuevo bebé, ¿*recibió* la vacuna contra la influenza?

Marque UNA respuesta

- No → **Pase a la Pregunta 28**
 Sí, antes del embarazo
 Sí, durante el embarazo

27. ¿En qué mes y año recibió la vacuna contra la influenza?

/

Mes Año

- No me acuerdo

28. Esta pregunta es sobre el cuidado de sus dientes *durante* su embarazo *más reciente*. Para cada una, marque No, si no es verdad o no tiene relación con usted, o Sí, si es verdad.

No Sí

- a. Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo.....
- b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías
- c. Me hice una limpieza dental con un dentista o un higienista dental.....
- d. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo.....
- e. Necesité consultar a un dentista por un **problema**.....
- f. Fui a un dentista o a una clínica dental debido a un **problema**.....

29. Durante su embarazo *más reciente*, ¿asistió a clases de preparación para el parto y sobre lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y el nacimiento?

- No
 Sí

30. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a preparar para su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las mujeres embarazadas.

- No → **Pase a la Página 8, Pregunta 33**
 Sí

Pase a la Página 8, Pregunta 31

31. Durante su embarazo *más reciente*, ¿cuántas veces vino la trabajadora de salud a su hogar para ayudarle a aprender como prepararse para su nuevo bebé?

- Una vez
 De 2 a 4 veces
 5 veces o más

32. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le habló la trabajadora de salud que vino a su hogar acerca de alguno de los temas que aparecen en la lista a continuación? Para cada tema, marque **No**, si no le habló sobre el tema o **Sí**, si le habló sobre el tema.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La importancia de hacerse pruebas para detectar el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Darle pecho a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mi bienestar emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

33. Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibía beneficios de WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)?

- No
 Sí

34. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía diabetes gestacional o diabetes del embarazo (diabetes que comenzó durante *este* embarazo)?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos antes, durante y después del embarazo.

35. ¿Ha fumado algún cigarrillo en los *últimos 2 años*?

- No → **Pase a la Pregunta 39**
 Sí

36. En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumaba en ese entonces

37. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumaba en ese entonces

38. ¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
- De 21 a 40 cigarrillos
- De 11 a 20 cigarrillos
- De 6 a 10 cigarrillos
- De 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillo
- No fumo ahora

Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes y durante el embarazo.

39. En los *últimos 2 años*, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica? Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

- No → **Pase a la Pregunta 42**
- Sí

40. En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 7 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 6 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

41. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 7 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 6 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces

El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido *antes* y *durante* su embarazo más reciente.

42. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los *12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé*. Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió. (Podría serle útil ver el calendario para contestar estas preguntas.)

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me mudé a otra dirección | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Redujeron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Murió alguien muy cercano a mí..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

43. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron *según su raza*?

- No
 Sí

44. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
 Sí

45. Durante su embarazo *más reciente*, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del parto y del nacimiento de su bebé.

46. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

/ / 20
 Mes Día Año

47. Al final de su embarazo *más reciente*, ¿cuánto peso había aumentado?

Marque UNA respuesta y escriba sobre la línea si es necesario

- Aumenté libras
 No aumenté peso, pero bajé libras
 Mi peso no cambió durante mi embarazo
 No sé

DESPUÉS DEL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo desde que nació su nuevo bebé.

48. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo (NICU)?

- No
 Sí
 No sé

49. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo se quedó él o ella en el hospital?

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
 De 24 a 48 horas (1 a 2 días)
 De 3 a 5 días
 De 6 a 14 días
 Más de 14 días
 Mi bebé no nació en un hospital
 Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta 52**

50. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Lamentamos mucho su pérdida. Pase a la Página 13, Pregunta 63**
 Sí

Pase a la Pregunta 51

51. En estos momentos, ¿vive con usted su bebé?

No → **Pase a la Página 13, Pregunta 62**

Sí

52. ¿Alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

No

Sí → **Pase a la Pregunta 54**

53. ¿Cuáles fueron sus razones para no darle pecho a su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Yo estaba enferma o estaba tomando medicamentos
- Tenía otros niños que cuidar
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- No me gustó dar pecho
- Traté pero era demasiado difícil
- No quería dar pecho
- Regresé al trabajo o a la escuela
- Otra → Por favor, escríbala:

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Página 12, Pregunta 59.

54. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?

No

Sí → **Pase a la Página 12, Pregunta 57**

Pase a la Pregunta 55

55. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

Semanas O Meses

Menos de 1 semana

56. ¿Cuáles fueron sus razones por las que dejó de dar pecho?

Marque TODAS las que correspondan

- Mi bebé tenía problemas para prenderse al pecho o para mamar
- La leche materna, por sí sola, no satisfacía a mi bebé
- Pensé que mi bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente
- Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban
- Era demasiado difícil, doloroso o me tomaba demasiado tiempo
- Pensé que no estaba produciendo suficiente leche o se me había acabado la leche
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- Consideré que era el momento oportuno para dejar de dar pecho
- Me enfermé o yo tuve que dejar de dar pecho por razones médicas
- Regresé al trabajo o a la escuela
- Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
- Otra → Por favor, escríbala:

Si su bebé no nació en un hospital, pase a la Pregunta 58.

57. Esta pregunta se trata sobre las cosas que pudieron haber sucedido en el hospital donde nació su nuevo bebé. Para cada una, marque **No**, si no sucedió eso, o **Sí**, si sucedió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. El personal del hospital me dio información sobre dar pecho..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi bebé se quedó conmigo en mi habitación en el hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El personal del hospital me ayudó a aprender cómo dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Le di pecho a mi bebé durante su primera hora de vida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Le di pecho a mi bebé en el hospital .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. En el hospital mi bebé se alimentó sólo con leche materna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. El personal del hospital me dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. En el hospital me dieron un aparato para extraerme la leche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. En el hospital me dieron un paquete de regalo que contenía fórmula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. En el hospital me dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. El personal del hospital dio un chupón a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

58. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella bebió un líquido que no fuera leche materna (tal como leche en polvo para bebés ('fórmula'), agua, jugo, té, o leche de vaca)?

Semanas **O** Meses

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé no ha bebido ningún líquido que no sea leche materna

59. ¿Qué edad tenía su nuevo bebé la primera vez que él o ella comió algún alimento (tal como cereal para bebés, alimentos para bebés u otros alimentos)?

Semanas **O** Meses

- Mi bebé tenía menos de 1 semana de nacido
- Mi bebé no ha comido ningún alimento

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 62.

60. Actualmente, ¿en cuál posición acuesta usted a su bebé la mayoría del tiempo para que duerma?

Marque UNA respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

61. ¿Con qué frecuencia duerme su nuevo bebé en la misma cama con usted o con otra persona?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

62. Desde que nació su nuevo bebé, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a aprender a cuidarse y a cuidar a su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

- No
- Sí

63. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
- Sí

Pase a la Página 14, Pregunta 65

Pase a la Pregunta 64

64. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*?

Marque TODAS las que correspondan

- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Quiero quedar embarazada
- No quiero usar ningún método anticonceptivo
- Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- Tengo problemas para conseguir anticonceptivos cuando los necesito
- Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio
- Mi esposo o pareja tuvo una vasectomía
- Estoy embarazada ahora
- Otra —————→ Por favor, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 66.

65. ¿Qué clase de anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina, Essure[®], Adiana[®])
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldora anticonceptiva
- Condones
- Inyección (Depo-Provera[®])
- Un implante anticonceptivo (Implanon[®])
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra[®]) o Anillo vaginal (NuvaRing[®])
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena[®] o ParaGard[®])
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro —————> Por favor, escríbalo:

66. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4–6 semanas después de dar a luz.

- No
- Si

67. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

68. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

69. ¿Qué tipo de *seguro médico* tiene usted *ahora*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid, Baby Love, o Health Check
- NC Health Choice
- TRICARE u otro seguro médico militar
- Algún otro tipo de seguro médico —————> Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

70. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa durante su embarazo más reciente, incluso si nadie que vivía en su casa fumaba?

Marque UNA respuesta

- A nadie se le permitía fumar en ningún lugar dentro de mi casa
- Se permitía fumar en ciertas habitaciones o a ciertas horas
- Se permitía fumar en cualquier parte de mi casa

71. ¿Cuántas personas que fuman cigarrillos, sin incluirse a usted, vivían en su casa durante su embarazo más reciente?

Número de fumadores

72. Durante su embarazo más reciente, ¿hubiera recibido los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado? Para cada uno, marque No, si no la hubiera recibido, o Sí, si la hubiera recibido.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Alguien que me prestara \$50..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguien que me llevara a la clínica o al consultorio médico si necesitara transporte..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

73. Durante cualquiera de sus visitas de cuidado prenatal o visitas médicas de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de algunas de las siguientes cosas? Para cada una, marque No, si nadie le habló sobre el tema o Sí, si alguien le habló sobre el tema.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. La melancolía posparto (conocida en inglés como “baby blues”) o la depresión posparto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. La bacteria Grupo B Estreptococo (o Beta Estreptococo) que las mujeres pueden pasar a sus bebés durante el nacimiento..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Acostar a su bebé boca arriba o de lado para dormir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Si alguien la estaba lastimando emocionalmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Qué pasa si un bebé es sacudido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Qué podría hacer para calmar a un bebé que está llorando | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Fumar o usar tabaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Humo de segunda mano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

74. ¿Con qué frecuencia toma usted una multivitamina ahora?

Veces al día

Veces a la semana

Veces al mes

75. ¿Recibió usted la vacuna Tdap antes, durante o después de su embarazo más reciente? La vacuna Tdap protege contra el tétano, difteria y la tos ferina. Tdap era nueva en el año de 2005.

Marque UNA respuesta

- No
- Sí, recibí Tdap antes de mi embarazo
- Sí, recibí Tdap durante mi embarazo
- Sí, recibí Tdap después de mi embarazo
- No sé

Las últimas preguntas son acerca del tiempo durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé.

76. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos?

Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.*

- De \$0 a \$15,000
- De \$15,001 a \$19,000
- De \$19,001 a \$22,000
- De \$22,001 a \$26,000
- De \$26,001 a \$29,000
- De \$29,001 a \$37,000
- De \$37,001 a \$44,000
- De \$44,001 a \$52,000
- De \$52,001 a \$56,000
- De \$56,001 a \$67,000
- De \$67,001 a \$79,000
- \$79,001 ó más

77. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de este dinero?

Personas

78. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ / 20

Mes Día Año

Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de North Carolina.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de North Carolina.



Para información adicional, llame al:
Coordinador del Proyecto de PRAMS
1-888-PRAMS-11 o (1-888-772-6711)

Estado de Carolina del Norte
Departamento de Salud y Servicios Humanos
División de Salud Pública
Centro Estatal de Estadísticas de Salud
2422 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-2422



www.ncdhhs.gov/espanol

DHHS es un empleador que ofrece igualdad de oportunidad de empleo y prestación de servicios.

Este documento fue creado de la colaboración entre
el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

5,000 copias de este documento público se imprimieron a un costo total de \$____ o \$____ por copia. 4/12 ♻